COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64071804
RD662 W64 Ueber einen Fall von
RECAP

Columbia University
in the City of New York

College of Physicians and Surgeons

Library

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/uebereinenfallvo00wild

Ueber einen Fall

von

Teleangiectasia lymphatica

der Unterlippe.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

K. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Ferdinand Wildersinn

aus **Gerlachsheim.**

Würzburg.

Anton Boegler'sche Buchdruckerei

1898.

P Diss
Wien

Referent:
Herr Geheimrat Professor Dr. Ritter von Rindfleisch.

DLG
JUN 1 1945

Seinen teuren Eltern

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Seit die Cellularpathologie Virchow's den Begriff und die Bedeutung der Zelle fixiert hat und die Unterschiede der einzelnen Gewebsarten aus einer für dies betreffende Gewebe eigenen Differenzierung der Zelle hergeleitet hat, ist auch die Thatsache bekannt geworden, dass die einzelnen Gewebsarten des Organismus durch Vermehrung ihrer Zellelemente ausgedehnte Wachstumserscheinungen zu bieten im Stande sind, solche, die aus einer jeder Zelle innewohnenden Wachstumsenergie resultieren. Unter normalen Verhältnissen ist diese Energie eine potentielle, in dem die einzelnen Zellen in einem gewissen Gleichgewicht sich befinden und demzufolge sich gegenseitig einen gewissen Wachstumswiderstand entgegensetzen. Eine Störung dieses Gleichgewichts würde also den Anstoss zur Umsetzung der potentiellen Energie in eine kinetische geben, somit Wachstumsvorgänge auslösen.

Die Proliferationserscheinungen des Gewebes lassen sich zweckmässig in zwei grosse Gruppen scheiden, einerseits die entzündlich regenerative Gewebsneubildung, andererseits die neoplastische im engeren Sinne, die heteroplastische.

Während es sich bei der ersteren um eine Regeneration irgendwie verloren gegangener Gewebsteile, oder um den Ersatz specifisch höher stehender Zellelemente durch physiologisch minderwertiges, aber

doch typisches Gewebe handelt, finden wir bei der zweiten Form, der Gewebsneubildung, das Entstehen eines am Orte der Bildung nicht vorkommenden, atypischen Gewebes, welches keinerlei physiologische Functionen erfüllt und keinerlei Grenze des Wachstums hat. Zwischen beiden Arten der Gewebsbildung ist allerdings eine scharfe Grenze nicht immer durchzuführen.

Namentlich die Frage nach der Ursache der heteroplastischen Gewebsentwicklung, der Geschwulstbildung, hat zu vielerlei Theorien Anlass gegeben. Nachdem man sich lange Zeit einfach mit der Annahme einer gesteigerten Wachstumsenergie begnügt hatte, ohne für diese eine genauere Ursache zu suchen, sprach sich als erster VIRCHOW (1) dahin aus, dass eine örtliche Reizung, ein sehr schwacher Entzündungsreiz den Anstoss zur Geschwulstbildung gebe.

HANSEMANN (2) dagegen stellte die Hypothese auf, dass mit der höheren Differenzierung die Wachstumsenergie der einzelnen Zelle entsprechend vermindert werde, dass jedoch mit dem Verschwinden dieser Differenzierung der Zelle eine vermehrte Wachstumsenergie zurückgegeben werde, so dass zu der für die Geschwulsbildung notwendigen Proliferationsfähigkeit ein Verlust der Specivität der Zelle Vorbedingung sei.

In seiner bekannten Theorie von der Entstehung der Geschwülste nimmt dagegen COHNHEIM (3) an, dass in einem frühen Entwicklungsstadium ein Ueberschuss von Zellen gebildet werde, welche nicht zum Aufbau der Gewebe und Organe verwandt würden, vielmehr für sich liegen blieben, um früher oder später durch Wucherung eine Geschwulst zu bilden. Für eine derartige Geschwulstbildung geben dann chronische Reize, Traumen etc. die Gelegenheitsursache ab.

RIBBERT (4) hat COHNHEIM's Lehre dahin modificiert,

dass bei der Keimverlagerung nicht der embryonale Character der abgesprengten Teile massgebend sei, sondern die Abtrennung an sich, durch welche die volle Wachstumsenergie der Zellen ausgelöst werde. Er hält für die Geschwulstentwicklung die Annahme einer gesteigerten Wachstumsenergie der Zellen für entbehrlich, vielmehr genüge dazu die jeder Zelle innewohnende Proliferationsfähigkeit, die durch den Fortfall normaler Wachstumswiderstände angeregt werde.

Rindfleisch(5) legt besonderen Nachdruck darauf, dass die Geschwülste meistens keine Nerven haben, und sieht den Hauptgrund der Wucherung darin, dass die Zügelung des Wachstumstriebes durch das Nervensystem local vermindert oder aufgehoben sei. Diese locale Schwäche könne sowohl ererbt als erworben sein, das Letztere hauptsächlich durch chronisch entzündliche Processe, Geschwüre, Narben etc. Gehen Geschwülste von angeborenen Warzen oder Muttermälern aus, so nimmt Rindfleisch eine Minderung der organisch einheitlichen Beziehungen solcher Stellen zum übrigen Körper an, welche ihren stärksten Ausdruck in der Nervenverbindung finden.

Unter den verschiedenen Geschwülsten beanspruchen die Lymphangiome sowohl hinsichtlich ihrer Entstehung als ihrer Entwicklung ein berechtigtes Interesse.

Das Lymphangiom entspricht für das Lymphgefässsystem durchaus dem, was man für das Blutgefässsystem kurzweg Angiom nennt. Es handelt sich bei demselben wesentlich um Erweiterung alter und Bildung neuer Lymphbahnen, zumeist verbunden mit Hypertrophie der Lymphgefässwände und des dazwischenliegenden Gewebes. Dementsprechend bestehen also die Lymphangiome aus einem bindege-

webigen Maschen- und Fachwerke, in dessen Lücken Lymphe enthalten ist.

Die Lymphräume sind mit einem endothelialen Belage ausgekleidet. In dem Stroma befinden sich Blutgefässe in wechselnder Menge.

Je nach der Beteiligung der einzelnen Gewebscomponenten an der Geschwulstbildung präsentiert sich das makroskopische und mikroskopische Bild im einzelnen Falle verschieden. Die ausserordentliche Mannigfaltigkeit der Formen, die unter dem Collectivnamen der Lymphangiome zusammengefasst werden, erklärt es, dass die einzelnen Beobachtungen von den verschiedenen Autoren unter sehr verschiedenen Bezeichnungen veröffentlich sind, wobei namentlich die Benennung Lymphangioma und Lymphangiectasie in sehr wechselndem Sinne gebraucht wurden, so dass die Einreihung eines concreten Falles in eine bestimmte Gruppe und überhaupt die Aufstellung einzelner Gruppen auf wesentliche Schwierigkeiten stösst.

Am meisten Ansehen hat sich die Einteilung von Wegener(6) erworben, der sich im grossen und ganzen der Virchow'schen Einteilung anschliesst. Wegener unterscheidet auf Grund einer Anzahl mikroskopisch untersuchter Fälle folgende Gruppen:

a) das einfache Lymphangiom, (Lymphangioma simplex, Lymphangiectasia oder Teleangiectasia lymphatica), welches sich aus Lymphräumen und Lymphgefässen capillaren und grösseren Kalibers zusammensetzt, die in der Regel zu einem anastomosierenden Netzwerke angeordnet sind.

b) das cavernöse Lymphangiom, (Lymphangioma cavernosum) bestehend, wie das cavernöse Angiom aus einem neugebildeten, bindegewebigen Gerüstwerke, welches eine Menge unregelmässiger, mit Lymphe gefüllter Hohlräume einschliesst.

c) das cystoide Lymphangiom (Lymphangioma cystoides), welches eine mit Lymphe gefüllte, sackförmige, einfache oder zusammengesetzte Cyste darstellt, die wahrscheinlich aus dem cavernösen Lymphangiom hervorgeht, wie die Blutcyste aus dem Tumor cavernosus.

Die Lymphangiome gehören im Allgemeinen zu den seltenen Geschwülsten. Der Zustand ist teils angeboren, teils erworben. Angeboren findet man die Lymphangiectasie in verschiedener Form, und zwar ist die Praedilectionstelle derselben Kopf und Hals. Je nach dem Sitze derselben an Zunge, Gaumen, Lippe, Wange etc. spricht man von Makroglossie, Makromelie, Makrocheilie etc. Die am Halse vorkommenden Lymphangiome sind, meist cystisch entartet, unter dem Namen Hyroma colli congenitum bekannt. Circumscripte Lymphangiome der Haut werden als Naevus lymphaticus bezeichnet.

Die im späteren Leben vorkommenden Lymphangiome finden sich vorwiegend an den unteren Partien des Rumpfes, und zwar localisieren sie sich hier wieder mit Vorliebe in der Inguinalgegend, an den Genitalien und der Innenseite der Oberschenkel. Häufig combiniert sich hier mit der Erweiterung der Lymphgefässe eine diffuse Hypertrophie der subcutanen Bindegewebselemente und der Haut, die zu hochgradiger Verunstaltung der betroffenen Organe führen kann, und als Elephantiasis Lymphangiectatica bezeichnet wird.

In anderen Fällen erstreckt sich die Ectasie bis auf die Lymphcapillaren der Haut; es bilden sich grössere, derbere Knoten in der Cutis, während an der Hautoberfläche bläschenförmige Erhebungen sichtbar werden. Diese Bläschen sind mit seröser, klarer oder milchigtrüber Flüssigkeit gefüllt, entleeren sich auf

Druck nach innen, um sich bei Nachlassen des Druckes wieder zu füllen. Kommt eines dieser Bläschen zum Platzen, so nennt man diesen Vorgang Lymphorrhagie. Es entwickelt sich dann hieraus eine Lymphfistel, eine punktförmige Oeffnung, aus der sich dauernd die oben erwähnte seröse Flüssigkeit entleeren kann. Diese Erscheinung, die man mit dem Namen Lymphorrhoe bezeichnet, kann, besonders bei Kindern, zum Tode durch Erschöpfung führen. Auch kann infolge von Invasion von Infectionsstoffen eine locale Entzündung entstehen, die eine septische oder pyaemische Allgemeinerkrankung im Gefolge haben kann.

Hinsichtlich der Aetiologie der Lymphangiome bestehen noch vielfach Widersprüche, die allerdings zum grossen Teile dadurch bedingt sind, dass ein bestimmter Unterschied zwischen Lymphangiom, d. h. einer durch Neubildung von Lymphgefässen hervorgerufenen Geschwulst, und Lymphangiectasie, bei der es sich nur um eine einfache Erweiterung praeexistierender Lymphgefässe handelt nicht besteht.

Aber auch, wenn man von den Fällen absieht, in welchen eine Neubildung von Lymphgefässen sicher festzustellen war, stösst man doch noch auf erheblichen Widerspruch in den einzelnen Theorieen und positiven Anhaltspunkten für die Genese der Lymphangiectasien. Wohl am Einfachsten erklärt sich die Lymphangiectasie in den Fällen, wo die Lymphcirculation durch ein mechanisches Hindernis, Verlegung der Lymphbahnen durch einen Parasiten, die Filaria sanguinis, hervorgerufen wird. Hieran schliessen sich die Fälle von Elephantiasis lymphangiectatica, wo nach Exstirpation der Lymphdrüsen des Oberschenkels eingreifende Aenderungen für die Lymphcirculation geschaffen wurden.

Schwieriger wird das Verständnis der theore-

tischen Erklärungen, welche einzelne Forscher für ihre Fälle gegeben haben.

Erwähnt sei hier die Ansicht WERNHER's (7), dass es sich bei der Lymphangiectasie, die zur elephantiastischen Verunstaltung führe, um den varicösen Erweiterungen der Blutgefässe analoge Veränderungen handle, welche, wie diese, auf mechanische Bedingungen zurückzuführen seien.

LALLEMENT (8) nimmt eine Atonie der Lymphgefässwände infolge der vielen erysipelatösen Entzündungen an.

Auf Grund genauerer mikroskopischer Untersuchung elephantiastisch veränderter Haut leitet SCHLIZ (9) die Lymphgefässerweiterung aus Obliteration der tieferen Lymphgefässschichten durch Endothelwucherung her.

RINDFLEISCH (10) fand bei Pachydermia lymphangiectatica scroti eine exquisite Hyperplasie und Neoplasie organischer Musculatur in dichtgestellten, nach allen Richtungen von unten nach oben ausstrahlenden Bündeln; wenn auch schon durch Contraction dieser Muskelfasern die Lymphgefässstämmchen comprimiert werden könnten, so sei dies schon aus der Elasticität des musculären Parenchyms möglich. Er erblickt also die Hauptursache der Lymphangiectasie in der Hyperplasie der Muskelfasern und der dadurch erschwerten Lymphcirculation im Corium.

Als weiteres ätiologisches Moment für die Entstehung einer Lymphangiectasie wären noch schwere Störungen in der Blutcirculation zu nennen. Zur Illustration hierfür sei ein Fall EGER's (11) angeführt. Dieser fand bei einem Falle von Stenose der Arteria pulmonalis bei einer 29jährigen Frau gleichzeitige Lymphangiectasia mit Lymphorrhoe der äusseren Genitalien und unteren Bauchgegend und hält den ätiologischen Zusammenhang der Lymphangiectasie mit dem

Herzfehler unter anderem deshalb für wahrscheinlich, weil es sonst kaum möglich sein würde, dass ein so schweres Vitium verhältnissmässig lange Zeit so leicht ertragen werden konnte. Die zeitweise Entleerung aus den prall gefüllten Lymphstämmen entlaste das überfüllte, venöse System, und dieser Umstand lasse es auch verstehen, weshalb bis dahin keine Oedeme oder Stauungsweise aufgetreten seien.

Immerhin bleibt noch eine grosse Anzahl von Fällen, für deren Genese eine befriedigende Erklärung nicht zu finden ist; so namentlich die angeborenen Formen der Lymphangiectasie, deren Aetiologie aus Entwicklungsstörungen oder Fehlern in der Anlage wohl hypothetisch erklärt, aber nicht sicher erwiesen werden kann.

Nach obiger Ausführung dürfte ein Fall von Teleangiectasia lymphatica, der mir von Herrn Geheim-Rat Rindfleisch zur genauen mikroskopischen Untersuchung und Bearbeitung gütigst überlassen wurde, nicht ohne Interesse sein.

Von der Krankengeschichte des Falles ist nur verhältnissmässig wenig zu berichten: Eine junge Dame von siebzehn Jahren wurde durch eine kleine, knotige Verhärtung am Saume der Unterlippe beunruhigt; nach dem diese Verhärtung mittels eines kleinen Ovalärschnittes entfernt war, zeigte sich von dem Leiden geraume Zeit nachher nichts wieder. Danach aber waren neben der kaum sichtbaren Narbe neue Knötchen entstanden, und diese zeigten nun an ihrer Spitze bläschenartige Beschaffenheit; die Bläschen sprangen auf, und es sickerte fortwährend eine mässige Menge einer serösen Flüssigkeit aus ihnen heraus. Dabei deutete die härtliche Infiltration des Untergrundes auf ein so tiefes Eingreifen des ganzen Prozesses, dass man nicht etwa an ein Ekzem denken konnte. Die Geschwulst wurde

nochmals exstirpiert und dabei so tief gegangen, dass die Schleimdrüsen der Lippe noch mit in den Schnitt kamen, und mithin die ganze Dicke der Cutis externa in dem genommenen Präparate erhalten wurde.

Das Präparat wurde nun gehärtet und zeigte, in feine Schnitte zerlegt, folgenden mikroskopischen Befund.

Der kleine Knoten, welcher ganz in dem Präparate erhalten ist, zerfällt in zwei Teile, da an der Schwellung einerseits das Epithel, andrerseits das Cutisgewebe einen fast gleichgemessenen Anteil hat.

Die Epidermis zeigt im Bereiche der Geschwulst eine so ostensive Verdickung, dass man vorab geneigt ist, auf diese Verdickung den Hauptnachdruck zu legen, das Ganze als ein wenn auch winziges Epitheliom anzusprechen. Vor Allem ist es die Grenze des Epithels gegen das Bindegewebe, welche diese Meinung zu nähren im Stande ist. Hier, wo man sonst die regelmässigste Hebung und Senkung des Papillarkörpers und eine entsprechende Bildung von epithelialer Einsenkung gewahrt, ist eine grosse Unordnung eingerissen. Das Rete Malpighii hat sich verdickt und durch diese Verdickung stellenweise die Spitzen der Papillen nach abwärts gedrückt und abgeflacht, sodass an dieser Stelle breite Zapfen entstanden sind, welche fast an die Krebskörper der bösartigen Epitheliome erinnern. Indessen ist auch in den dicksten dieser Zapfen nirgends eine von jenen characteristischen Schichtungskugeln der Epidermis zu erkennen, welche wir bei allen tief eingedrungenen epitheliomatösen Zapfen finden. Wir müssen also für die Erklärung dieser Hypertrophie die weiteren Gründe abwarten.

Das zweite Moment anatomischer Veränderung im Bereiche der Epidermis ist ein eigentümlich wassersüchtiger Zustand des Rete Malpighii, welcher gerade die Mitte der Gesammtgeschwulst einnimmt,

Man wird ein wenig an die Pockenhaube bei der sogenannten Blatterneffloreſcenz erinnert, wenn man ſieht, wie hier an einer Stelle das ganze Stratum Malpighii zwiſchen der Hornſchicht einerſeits und dem Papillarkörper andrerſeits, Zelle für Zelle einer hydropiſchen Degeneration verfallen iſt. Dabei hat ſich eine wäſſerige Flüſſigkeit zwiſchen dem Kerne und der bereits erhärteten Zellmembran angeſammelt. Der Kern liegt frei in dieſer Flüſſigkeit und iſt nirgends an der Wand der Zellmembran angeklebt. Einzelne Fäden gekörnter Subſtanz durchſetzen die ſo entſtandenen Hohlräume, was auf den lymphatiſchen Character hindeuten läſſt. Der Grad der Aufblähung der einzelnen Zellen erreicht durchſchnittlich etwa das Fünffache der normalen Zellengröſſe; indeſſen findet man auch ſehr viel größere Hohlräume, die dann durch Confluenz der kleineren entſtanden zu ſein ſcheinen. Einige größere ſind an der Hautoberfläche geſprengt, und dieſe dürften das Näſſen der Geſchwulſt bewirkt haben. Die groſſe Mehrzahl der vergröſſerten Zellen bilden am Durchſchnitt ein Wabenſyſtem, mit den gröſſeren zuſammen aber eine flachrundliche Maſſe, welche in das verdickte Epithelſtratum eingelaſſen iſt und die noch nicht hydropiſchen Zellen desſelben nach allen Seiten zurückgedrängt und auseinandergelegt hat.

Die Frage entſteht nun, woher dieſer Hydropsprofluenz des Epithels kommt? Eine Verwechslung mit Ekzem und anderen veſiculöſen Ausſchlägen der Haut iſt durch die hiſtologiſche Structur der Epithelſchwellung und den Mangel an entzündlicher, exſudativer, zelliger Beimiſchung ausgeſchloſſen.

Wenden wir uns daher an die Cutis, um nach der Quelle des Leidens zu forſchen. Da finden wir zunächſt, daſs im Bereiche des epithelialen Hydrops die Papillen, namentlich einzelne Exemplare von ihnen,

sehr erheblich vergrössert und, besonders an ihren Köpfen verbreitert sind. Bis an die Grenze der Epithels reichen auch gewisse, mit einer klaren Flüssigkeit gefüllte Canäle heran, die wir ohne jede Frage als erweiterte Lymphgefässe ansprechen dürfen. Das Bindegewebe um diese Gefässe ist aufs Stärkste ödematös und ziemlich reich an Wanderzellen, welche man neben den sternförmigen, stabilen Zellen recht wohl unterscheiden kann.

Nun folgt die eigentliche Cutis, und da offenbart sich denn ohne Weiteres ein Zustand von Lymphangiectasie, der in den Hauptmerkmalen ganz typisch entwickelt ist. Die Lymphgefässe des oberflächlichen sowohl als des tiefen Stratums sind sämmtlich ausgedehnt, geschlängelt und bieten namentlich an einer Stelle, in der Mitte der Geschwulst, einen fast cavernösen Charakter. Die Wandungen sind verdickt; das Lumen ist von zartem Eiweissgerinnsel durchspannt ein Beweis, dass wir es nicht etwa mit Blutgefässen, sondern mit mit Lymphe gefüllten Canälen zu thun haben.

Es besteht demnach kein Zweifel, dass wir es primär mit einer Teleangiectasia lymphatica zu thun haben, zu welcher die Veränderungen des Epithels in einem secundären Verhältnisse stehen. Der hydropische Zustand des Epithels versteht sich ohne Weiteres als eine Folge des Lymphergusses nach aussen, während die folgende Hypertrophie als eine bessere locale Ernährung des Epithels über der Geschwulst, also als sympathische Hypertrophie anzusprechen ist.

In der neueren Litteratur sind von Samter (12) eine Reihe ähnlicher Fälle beschrieben, von denen bei dreien eine genaue Untersuchung mikroskopisch vorgenommen ist.

Bei einem zehnjährigen Mädchen hatte sich im Verlauf zweier Jahre im Lippenrot der linken Unterlippe

unter allmählich zunehmender Schwellung der linken Unterlippenhälfte ein kleines Knötchen entwickelt. Die Lippe wurde durch die Geschwulst leicht ectropioniert; die Geschwulst selbst war von warzenähnlicher Configuration und zeigte eine höckerige Oberfläche. Sie hatte ungefähr Kirschkerngrösse und war gegen die gesunde Schleimhaut scharf abgegrenzt. Es waren auf der Oberfläche neben der normalen Schleimhaut kleinste, blassrötliche Stellen zu sehen, die hier und da confluierten und dann durch feine, weissliche Linien segmentiert waren. Bei genauerem Zusehen imponierten diese Stellen als kleine Bläschen, die dicht unter der Schleimhaut lagen. Die Substanz der Unterlippe unter der Geschwulst war etwas voluminöser und derber als auf der gesunden rechten Seite. Verkleinerung der Geschwulst durch Compression war hier nicht möglich. Die Geschwulst wurde durch einen flachen, keilförmigen Schnitt excidiert, die Wunde vernäht. Heilung erfolgte per primam.

Bei der mikroskopischen Untersuchung ergaben sich innerhalb einer rötlich-gelben Stützsubstanz zahlreiche kleine und kleinste Hohlräume, deren oberflächlich gelegene den erwähnten Bläschen entsprechen. Die Hohlräume waren wandungslos, zeigten hier und da in das Lumen hineinspringende Kerne und waren überall mit Lymphe gefüllt Ohne scharfe Grenze verlor sich diese Bildung in das benachbarte gesunde Gewebe. Die Hohlräume reichten zwischen die Papillen dicht unter das Epithel.

Als zweiten Fall beschreibt SAMTER einen Fall von Lymphangioma linguae. Es handelt sich um einen elfjährigen Jungen der auf der chirurgischen Klinik zu Königsberg zur Operation kam. Patient will von Geburt an ein kleines Gewächs an der Zunge gehabt haben, welches sich von Stecknadelkopfgrösse langsam

zur jetzigen Grösse entwickelte. In letzter Zeit war das Wachstum ein schnelleres; ausserdem soll die Geschwulst zeitweise, einhergehend mit Schmerzen, anschwellen, um nach einer gewissen Zeit wieder kleiner zu werden.

Makroskopisch praesentiert sich am linken Zungenrande in der Mitte zwischen Basis und Spitze ein kleiner, kirschkerngrosser, breitbasig aufsitzender, pilzförmiger Tumor, der die benachbarte Schleimhautoberfläche um 2 mm überragt. Die Farbe war nicht auffallend anders als die der Zunge. Die Resistenz war derb. Die Oberfläche besteht aus zahlreichen Papillen, zwischen denen bei sorgfältiger Beobachtung zahlreiche bis stecknadelkopfgrosse, wasserhelle Bläschen zu constatieren sind. Nach innen zu, beinahe in der Medianlinie fühlt man, unter der Zungenschleimhaut verborgen, einen kleinen, kirschkerngrossen, harten Knoten, über welchem die Schleimhaut leicht verdickt und weisslich verfärbt ist. Im übrigen ist die Zunge völlig normal. Abtragen der Geschwulst mit dem Paquelin. Heilung. Das abgetragene Stück war makros- und mikroskopisch in seiner ganzen Dicke von wandungslosen Hohlräumen durchsetzt. In dem Stücke war Schleimhaut, Submucosa und Muskelsubstanz erhalten. An der Innenwand der in sämmtlichen Lagen vorkommenden Hohlräume sieht man leicht vorspringende Kerne. Der Inhalt der Hohlräume war meist eine amorphe, leicht körnige Masse, in der einzelne Lymphkörperchen lagen, hier und da Blut. WEGENER's Lymphthromben waren nirgends zu sehen. Ein Teil der Hohlräume lag zwischen je zwei Papillen, welche letztere dann bisweilen verschmälert waren. Hier und da waren die Hohlräume somit nur von Rete und Oberhaut bedeckt. In einzelnen solcher Hohlräume waren durch ein aus sternförmigen Zellen bestehendes Bindegewebe kleinere Hohlräume gebildet,

die ebenfalls mit geronnener Lymphe resp. Blut gefüllt waren. In den tieferen Gewebsschichten fand sich dasselbe Bindegewebe da und dort mit stärkerer, zelliger Infiltration, ja selbst zwischen den Muskelbündeln. An mehreren Stellen, besonders zwischen den Papillen, lagen innerhalb der Hohlräume die Blutgefässe. Das Epithel war etwas höher als normal, doch nirgends atypisch gewuchert.

Ein dritter, genauer beschriebener Fall Samter's, in welchem es sich abermals um ein Lymphangiom der Zunge handelt, gewinnt dadurch an Interesse, dass die zeitweise eintretenden Beschwerden wiederholt so intensiv waren, dass an der geschwollenen Zunge Incisionen nötig wurden, und schliesslich sogar, da es zur Eiterung und Glottisödem kam, die Tracheotomie gemacht werden musste.

Patient, ein 40jähriger Mann, der sonst stets gesund war, erinnert sich an das Leiden bis in seine früheste Kindheit zurück. Schon damals stellte sich öfters vorübergehende schmerzhafte Schwellung der Zunge ein, die im Essen und Sprechen stark behinderte. Wie schon erwähnt, mussten zur Erleichterung Incisionen gemacht werden, aus denen sich nur Blut entleerte. Infolge der erwähnten eingetretenen Complicationen musste die Tracheotomia superior gemacht werden. Hierauf langsame Heilung.

Von da ab war Patient ca. 9 Jahre vollkommen beschwerdefrei. Erst jetzt stellte sich wieder ziemlich acut so starke Schwellung der Zunge ein, dass Patient nur mit grosser Mühe schlucken konnte. Aber schon am darauffolgenden Tage ging die Schwellung ebenso schnell, wie sie kam, wieder zurück. Die Randpartieen der Zunge waren noch etwas voluminöse. Auf dem Rücken bestehen zwei von den Incisionen herrührende Narben. Dagegen sitzt der rechten Zungenunterfläche

ein kirschgrosser Tumor auf, der jedoch auch auf den benachbarten Teil des Mundhöhlenbodens übergreift. Consistenz und Farbe ist nicht wesentlich verschieden von der Umgebung. Die Oberfläche ist leicht höckerig; in der bedeckenden Schleimhaut finden sich wiederum zahlreiche, durchsichtige, stecknadelkopfgrosse bis beinahe hirsekorngrosse Bläschen. Linkerseits finden sich an der entsprechenden Stelle eine Anzahl hahnenkammförmige Tumoren, die dasselbe Verhalten wie der Tumor rechts zeigen. Der mit dem Thermocautère abgetragene rechtsseitige Tumor zeigte auf dem Durchschnitt mikro- und makroskopisch zahlreiche Hohlräume der verschiedensten Form, sämmtlich ohne Wandung. Im übrigen besteht die Geschwulst aus der Schleimhaut und einem derbfaserigen Bindegewebe, durch welches hier und da langgestreckte Muskelprimitivbündel ziehen. Ihr Inhalt ist meist geronnene Lymphe und hier und da Blut, welch letzteres wohl erst durch die Operation dazu kam. An einzelnen Stellen sieht man innerhalb der geronnenen Lymphe eine grössere Anzahl von Lymphkörperchen. Die Form der Hohlräume ist bald spaltförmig, bald unregelmässig viereckig. Im Bindegewebe finden sich häufig grosse Anhäufungen von Lymphkörperchen. Hier und da springen Kerne in den Hohlraum vor. An einzelnen Stellen bemerkt man in den Lymphräumen Zellen, welche beinahe doppelt so gross sind, wie gewöhnliche Lymphkörperchen, teilweise vielkernig sind und leicht körniges Protoplasma besitzen.

Im Anschluss an diese drei Fälle erwähnt Samter noch zwei Fälle von Lymphangiom der Lippe und der Zunge, die, von Mikulicz beobachtet, in ihrem klinischen und makroskopischen Bilde den beschriebenen Fällen vollkommen gleich sind. Der eine Fall kam zur Operation, der andere, da er keinerlei Störung oder Schmerzen

verursachte, nicht. Ein mikroskopischer Befund ist von dem operierten Falle nicht angegeben.

Das eigentümliche der Fälle Samtfrs, sowie des von mir beschriebenen Falles liegt darin, dass das Lymphangiom als umschriebene Geschwulst und nicht als gleichmässige Vergrösserung der Zunge oder Lippe resp. einer Hälfte davon auftrat. Am reinsten trat dieses in dem zweiten Falle auf, wo das Lymphangiom ganz circumscript von der übrigen ganz normalen Zunge abgegrenzt war. In den beiden Lippenlymphangiomen waren die unter der Geschwulst liegenden Gewebsteile voluminöser, während im dritten Falle neben der Lymphangiombildung noch eine Veränderung der ganzen Zunge bestand, die eine absolut sichere Deutung des Falles erschwerte.

In einer sehr genauen Abhandlung über Lymphangiome beschreibt Schmidt (13) einen Fall von Lymphangioma mucosae oris simplex, der namentlich in dem mikroskopischen Befunde dem von mir beschriebenen Falle sehr ähnlich ist. Bei einem achtzehnjährigen Mädchen, welches wegen Lupus des Gesichts etc. in Behandlung war, zeigte sich als Nebenbefund folgende Affection der rechten Oberlippe. Diese ist am rechten Mundwinkel verdickt, fühlt sich aber weich und nicht infiltriert an. Beim Umklappen findet man auf der Schleimhaut einzelne kleinere bis hirsekorngrosse, etwas durchscheinende Knötchen. Am rechten Mundwinkel sind auch auf der äusseren Haut einige kleinste Knötchen zu sehen. Nach innen zu erstrecken sich diese auch auf die Wangenschleimhaut und auf die Gingiva. Diese Knötchenbildung soll schon seit Geburt bestehen. Es wurde ein Stück der Schleimhaut excidiert und untersucht. Es zeigen sich nun in dem bindegewebigen Teile der Schleimhaut, am deutlichsten dort, wo ein Vorspringen des Epithels die äusserlich

sichtbaren Prominenzen andeutet, unregelmässig zerstreut, grössere und kleinere Hohlräume von unregelmässiger Gestalt. Ihre Wandung wird durch eine einfache Lage continuierlicher Endothelien gebildet, deren Kerne deutlich in das Lumen vorspringen, während ihr Inhalt ein verschiedener ist. Meist findet sich in ihnen eine grob granulierte Masse, entweder in Form von grobscholligen — von WEGENER als zerfallene Lymphthromben gedeuteten — Körnern, oder netzartig angeordnet. In derselben liegen vereinzelte Lymphkörperchen. Einzelne Spalten finden sich dagegen ganz mit Blut gefüllt.

Die Anwesenheit der Hohlräume beschränkt sich auf die mittleren Lagen der Schleimhaut, namentlich auf den subpapillären Teil. Die tieferen Lagen sind nur wenig verändert; die Papillarschicht dagegen ist durchzogen von kleineren Spalträumen, die sich bei genauerer Betrachtung als unregelmässig erweiterte Capillargefässe erweisen, von denen es nach der äusseren Form schwer zu sagen ist, ob sie Blut- oder Lymphgefässe darstellen. Einige enthalten Blut, andere eine fein granulierte Masse, die meisten nichts. Eine Mündung in die unregelmässigen Räume der tieferen Schicht wurde nirgends entdeckt, doch endigen wohl einige in ampullenartige Erweiterungen. Das Epithel zeigt normale Structur und kleine durch Zerrungen hervorgebrachte Veränderungen der noch vorhandenen Retezapfen. Nur an einer circumscripten Stelle sind die obersten Zelllagen durch eine fein granulierte Masse abgehoben.

Im Bindegewebe finden sich an den verschiedensten Stellen Anhäufungen von Zellen, deren Charakter zwischen jungen Bindegewebszellen und Lymphocyten schwankt. Manchmal zeigt sich auch in ihnen deutlich eine Sonderung in mehr strangförmig angeordnete und

dazwischen liegende rundliche Zellen. Diese Zellhaufen sind namentlich in der Papillarschicht vorhanden. Eine reichliche Anzahl von Pigmentzellen, die den Gefässen und Zellsträngen folgen, findet sich überall. In allen Lagen der Schleimhaut sind ausserdem Mastzellen zahlreich vorhanden. Von dem in den Hohlräumen vorhandenen Blute nimmt SCHMIDT auch an, dass wohl die Folge der Operation dessen Anwesenheit bedinge.

SCHMIDT's Fall bietet hinsichtlich des Verlaufes und des Krankheitsbildes, wie auch im mikroskopischen Befunde mancherlei mit meinem Falle gemeinsames. In beiden Fällen findet sich eine ausgesprochene Ectasie der Lymphbahnen der Cutis, deutliche Vergrösserung und hydropischer Zustand der Papillen. Im Gegensatz zu den Fällen SAMTER's, bei denen die mit Lymphe gefüllten Hohlräume keinerlei Wandungen zeigten, fand sich in dem SCHMIDT'schen Falle, analog dem meinigen, an den erweiterten Lymphspalten eine continuierliche, endotheliale Auskleidung.

Eine grössere Anzahl von Autoren haben in einer Reihe von Fällen ähnliche Befunde erhoben. Hier sind zu nennen die Arbeiten von GJORGEVIC (14), zur NIEDEN (15), NASSE (16), HAFERKORN (17), die classische Arbeit WEGENER's u. A. Ich glaube jedoch, von einer eingehenden Berücksichtigung dieser Arbeiten absehen zu können, da die betreffenden Fälle sämmtlich an anderen Körpergegenden beobachtet wurden und durch ihre verschiedene Localisation andere Gesichtspunkte in den Vordergrund drängten. In weitaus der Mehrzahl der Fälle war der Sitz der Geschwulst die Genitalien, die Inguinalgegend, der Oberschenkel, das praegnanteste Symptom derselben die Lymphorrhoe, deren häufiges Vorkommen gerade an diesen Körperstellen wohl aus den fast per-

manenten traumatischen Insulten — Reibung durch Kleidungsstücke etc. — resultiert.

Immerhin bietet der von mir untersuchte Fall gegenüber den in der mir zugänglich gewesenen Litteratur beschriebenen mancherlei Unterschiede. So finden sich namentlich in keinem der citierten Fälle Beobachtungen über wesentliche Epithelveränderungen. Während sich vielmehr in diesen Fällen nur geringfügige Vergrösserungen der Epithelzapfen zwischen den Papillen fanden, ist in meinem Falle eine ausgedehnte Hypertrophie der Epidermis, sowie namentlich eine bedeutende Verlängerung der interpapillären Epithelstreifen vorhanden. Diese Vermehrung der epithelialen Elemente erklärt sich leicht aus den durch den Saftreichtum der betreffenden Partien bewirkten günstigeren Ernährungsverhältnissen. Auffällig ist ferner der hydropische Zustand des Epithels, der jedoch wie oben erwähnt, wohl secundärer Natur ist.

Schimdt nimmt für seinen Fall eine wirkliche Neubildung, eine echte Geschwulstbildung an und führt als wichtigsten Beweisgrund für diese Anschauung die von ihm und von mehreren Autoren im Bindegewebe gefundenen Zellstränge an. Er glaubt auch verschiedentlich Beziehungen dieser Zellstränge zu Lymphspalten gefunden zu haben, giebt jedoch selbst zu, dass zum sicheren Beweis dieser Anschauung mehr gehöre.

In meinem Falle waren derartige Zellstränge nirgends nachweisbar, und ich kann mich daher Schmidt's Erklärung für das Wesen derartiger Bildung, wenigstens für meinen Fall, nicht anschliessen. Vielmehr möchte ich für meinen Fall eher die Ectasie auf Störungen des Lymphabflusses in der Cutis zurückführen, welche durch abnorme Verhältnisse des Bindegewebes in der Umgebung der Lymphstämme bedingt werden, ähnlich

wie es RINDFLEISCH in dem schon erwähnten Falle von Pachydermia lymphatiectatica scroti beobachtet hat.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat Professor Dr. von RINDFLEISCH für die gütige Ueberlassung der Arbeit, für die Uebernahme des Referates, sowie für die mir gewährte freundliche Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1) Virchow: Die krankhaften Geschwülste.
2) Hansemann: Virch. Arch. 119.
3) Cohnheim: Allgem. Pathologie 1882.
4) Ribbert: Das patholog. Wachstum 1895.
5) Rindfleisch: Lehrbuch d. patholog. Gewebelehre 1886.
6) Wegener: Arch. f. klin. Chir. XX. 1876.
7) Wernher: Deutsche Zeitschrift f. Chir. V. 1875.
8) Lallement: Referiert n. Schliz.
9) Schliz: Arch. f. Heilkunde XV.
10) Rindfleisch: Lehrbuch d. pathol. Gewebelehre 1871.
11) Eger: Deutsche med. Wochenschrift 1890 No. 24.
12) Samter: Arch. f. klin. Chir. 41. 1891.
13) Schmidt: Arch. f. Dermatolog. u. Syphilis 22. 1890.
14) Gjorgewic: Arch. f. klin. Chir. 12.
15) Zur Nieden: Virch. Arch. 90.
16) Nasse: Arch. f. klin. Chir. 39.
17) Haferkorn: Arch. f. klin. Medicin 56.

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES

This book is due on the date indicated below, or at the expiration of a definite period after the date of borrowing, as provided by the rules of the Library or by special arrangement with the Librarian in charge.

DATE BORROWED	DATE DUE	DATE BORROWED	DATE DUE
C28(1141)M100			

RD662 W64

Wildersinn
Ueber einen fall von teleangiecta-
sia lymphatica der unterlippe

JUL 12 1945 C. U. BINDERY

RD662 W64

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES (hsl,stx)
RD 662 W64 C.1
Ueber einen Fall von teleangiectasia lym
2002434636